



DATOS DE IDENTIFICACIÓN
IDENTIFYING INFORMATION

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
Child's Name Date of Birth

Nombres de los padres _____
Parents' Names

Domicilio _____ Edad: _____
Address Age

Masculino _____ Femenino _____
Male Female

Teléfono _____
Phone

Destreza manual: ___ diestro ___ zurdo ___ ambidiestro
Handedness: right left both

Derivado por (quién sugirió que se realice esta evaluación): _____
Referred by (Who Suggested you have this Evaluation):

Motivo para la derivación (detalle los problemas que están afectando a su hijo y la familia): _____
Reason for Referral (Please describe in detail the problems that are affecting your child and family):

Persona que completa el formulario: _____
Person completing form:

Relación con el niño: _____ Fecha de hoy _____
Relationship to child: Today's date

Diagnóstico: _____
Diagnosis:

ANTECEDENTES DEL EMBARAZO Y DEL RECIÉN NACIDO
PREGNANCY AND NEWBORN HISTORY

Embarazo: A término: Sí ___ No ___ ¿De cuánto tiempo? ___ semanas
Pregnancy: Full term: Yes No How long? weeks

Puntajes de exámenes/informes disponibles _____
 Test scores/reports available

Escuela media _____
 Middle School

¿Algún problema? _____
 Any problems?

Puntajes de exámenes/informes disponibles _____
 Test scores/reports available

Escuela secundaria _____
 High School

¿Algún problema? _____
 Any problems?

Puntajes de exámenes/informes disponibles _____
 Test scores/reports available

Suspensiones _____ Expulsiones _____
 Suspensions Expulsions

¿Su hijo ha recibido alguno de estos servicios?
 Has your child received any of these services?

Si No
 Yes No

Intervención temprana Early intervention	_____	_____
Recursos por discapacidad de aprendizaje Learning disabilities resource	_____	_____
Emocionalmente discapacitado Emotionally handicapped	_____	_____
Trastornos intelectuales Intellectually disordered	_____	_____
Cómo ser independiente Self-contained	_____	_____
Habla y lenguaje Speech and language	_____	_____
Tutoría Tutoring	_____	_____
Fisioterapia Physical therapy	_____	_____
Terapia ocupacional Occupational therapy	_____	_____

ANTECEDENTES SOCIALES
SOCIAL HISTORY

Nombre de la madre _____ Ocupación _____
 Mother's name Occupation

Nombre del padre _____ Ocupación _____
 Father's name Occupation

Años de educación formal: Madre _____ Padre _____
 Years of formal education: Mother Father

Edad de la madre _____ Edad del padre _____
 Mother's age Father's age

Ingresos familiares: _____ inferiores a \$10,000 _____ \$10,000-\$29,999 _____ \$30,000-\$49,000
 Family income: under \$10,000 \$10,000-\$29,999 \$30,000-\$49,000
 _____ \$50,000-\$74,999 _____ \$75,000-\$99,999 _____ Más de \$100,000
 \$50,000-\$74,999 \$75,000-\$99,999 Over \$100,000

Los padres están: casados separados divorciados solteros viudos
Parents are: Married Separated Divorced Single Widowed

Con quién vive el niño _____
With whom child lives

¿Quién vive en la casa? _____
Who lives in the home?

Hermanos _____	Edad _____	Grado _____
Siblings _____	Age _____	Grade _____
_____	Edad _____	Grado _____
	Age _____	Grade _____
_____	Edad _____	Grado _____
	Age _____	Grade _____
_____	Edad _____	Grado _____
	Age _____	Grade _____

¿Conflicto conyugal significativo? _____
Significant marital conflict?

¿Conflicto significativo entre los padres y el hijo? _____
Significant conflict between parents and child

Conductas inusuales /tics _____ **Tipos de disciplina** _____
Unusual behaviors/tics Types of discipline

Respuesta del niño _____
Child's response

Dificultades en el trato con los adultos _____
Difficulty getting along with adults

Pasatiempos _____
Hobbies

Relaciones con sus pares _____
Peer relationships

Cualquier cambio repentino en la conducta _____
Any sudden changes in behavior

Fortalezas _____
Strengths

Debilidades _____
Weaknesses

Organizaciones a las que pertenece el niño _____
Organizations child belongs to

Información familiar importante: (debe incluirse a los padres, abuelos, tías, tíos y primos del niño) Por favor, suministre la mayor cantidad de detalles posibles:
Significant Family Information: (including child's parents, grandparents, aunts, uncles, and cousins) Please provide as much detail as possible:

Problemas psicológicos _____
Psychological Problems

Evaluación psiquiátrica (por depresión, drogadicción o alcoholismo, psicosis, etc.) _____
Psychiatric Assessment (for depression, drug or alcohol abuse, psychoses, etc.)

Evaluaciones neurológicas _____
Neurological Evaluations

Electroencefalograma (EEG) _____
Electroencephalogram (EEG)

Tomografía computada/resonancia magnética del cerebro _____
CT Scan/MRI of the Brain

Psicoterapia/asesoramiento _____
Psychotherapy/Counseling



PEACHTREE NEUROPSYCHOLOGICAL ASSOCIATES, P.C.

Thomas G. Burns, Psy. D., ABPP

Board Certified in Clinical & Neuropsychology

Problemas financieros _____
Financial Stress

Litigios _____
Litigation

Problemas de aprendizaje _____
Learning Problems

Retraso mental _____
Mental Retardation

Genética _____
Genetic